



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

Mehr als Beratung: Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Patient*innen in der Transplantationsmedizin

Euler, Sebastian ; Hoffmann, Elena ; Husung, Claudia ; Jordan, Katja-Daniela ; Richter, Andre

DOI: <https://doi.org/10.18754/jfp.61.13>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-195505>

Journal Article

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

Euler, Sebastian; Hoffmann, Elena; Husung, Claudia; Jordan, Katja-Daniela; Richter, Andre (2020). Mehr als Beratung: Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Patient*innen in der Transplantationsmedizin. *Journal für Psychoanalyse*, 61:155-169.

DOI: <https://doi.org/10.18754/jfp.61.13>

Mehr als Beratung: Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Patient*innen in der Transplantationsmedizin

*Sebastian Euler, Elena Hoffmann, Claudia Husung,
Katja-Daniela Jordan und Andre Richter*(Zürich)*

**Autorinnen und Autoren in alphabetischer Reihenfolge geordnet*

*Zusammenfassung: Organtransplantationen stellen für die Empfänger*innen andauernde, existenziell bedrohliche und sowohl für die subjektive Verarbeitung wie zwischenmenschliche Beziehungen herausfordernde Belastungen dar. Neben den psychodynamischen Aspekten, die bei schwer körperlich Erkrankten allgemein eine Rolle spielen können, sind bei der Transplantation eines Organs als Lebendspende von einer nahestehenden Person oder als Leichenspende auch spezifische Faktoren bedeutsam. In diesem Text wird nach einer Einleitung über die peritransplantäre psychosoziale Betreuung von Patient*innen des Transplantationszentrums eine Fallgeschichte einer Organtransplantation eines jungen Mannes erzählt. Unbewusste Inszenierungen, Konflikte und Abwehrmechanismen im peritransplantären Prozess werden in ihrer Bedeutsamkeit für die psychotherapeutische Behandlung reflektiert. Im vorliegenden Kontext – Psychoanalyse in Institutionen – ist dabei spannend, inwiefern die Organtransplantation als existenzieller Prozess, die damit verbundene Manifestation unbewusster psychischer Mechanismen und deren psychodynamische Reflexion in der Behandlung zusammenhängen. Das Verständnis für diese Zusammenhänge kann dazu beitragen, den lebensrettenden Akt der Organtransplantation zu ermöglichen sowie anschliessend Wohlbefinden und Lebensqualität der Empfänger*innen zu verbessern.*

Schlüsselwörter: Organtransplantation, Psychoanalyse, Regression, Triangulierung, Verneinung

1 Psychosoziale Grundlagen der Transplantationsmedizin

Transplantationen von soliden Organen wie beispielsweise Niere, Herz und Leber, aber auch Blutstammzellen sind seit Jahrzehnten in der Medizin fest etablierte Verfahren. Derartige Eingriffe wegen meist chronischer lebensbedrohlicher Erkrankungen werden gemäss gesetzlich festgelegter Rahmenbedingungen (Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004)¹ in verschiedenen Zentren in der Schweiz durchgeführt. Transplantationskandidat*innen müssen sich einer Vielzahl festgelegter, teils schmerzhafter, unangenehmer, zeit- und kostenintensiver Untersuchungen unterziehen, bevor sie auf die Warteliste kommen bzw. um auf dieser zu verbleiben. Auch nach einer Transplantation gehören für Transplantierte lebenslang regelmässige medizinische Untersuchungen und die Einnahme zahlreicher Medikamente zur Immunsuppression mit unter Umständen gravierenden Nebenwirkungen wie zum Beispiel Infektanfälligkeit, Anfälligkeit für bestimmte Tumoren, Muskelschwäche, verminderte Knochendichte und diabetische Stoffwechsellage zum Alltag. Angst und Sorge um das transplantierte Organ, u. a. vor möglichem Verlust durch Abstossung, kennzeichnen den Alltag der Betroffenen. In der Schweiz warteten gemäss Swisstransplant am 30.09.2019 1398 Menschen auf 1440 Organe.² Die Wartezeit umfasst je nach Organ mehrere Monate bis Jahre. Es gibt auch die Möglichkeit der Lebendspende, was für Nieren und Leberteilspende möglich ist. Der Empfang einer Lebendspende verlangt Entscheidungen, die durch Beeinträchtigungen und Gefahren für die Spendenden die Grenzen der eigenen persönlichen Betroffenheit überschreiten.

Bei Lebendspende ist eine psychosoziale Abklärung und Beratung sowohl von Empfänger*in als auch Spender*in gemäss medizinisch-ethischer Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie medizinischer Wissenschaften obligatorisch.³

Am Universitätsspital Zürich betreuen Psychiater*innen und Psychologen*innen im Team der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik Patient*innen, Lebendspender*innen sowie Angehörige. Ihnen kommt die Aufgabe zu, mögliche psychosoziale Kontraindikationen für eine Transplantation zu eruieren. Daneben sind sie für die betreuenden Fachpersonen anderer Fachdisziplinen und Berufsgruppen wichtige Ansprechpartner*innen. Mit der vorliegenden Arbeit möchten wir aufzeigen, dass die Berücksichtigung psychodynamischer Aspekte bei der Betreuung der Patient*innen in der Transplantationsmedizin wesentlich sein kann.

2 Psychodynamische Aspekte der Transplantationsabklärung

Bei Patient*innen zur Transplantationsabklärung handelt es sich im Sinne Argelanders um «vorgeschiedte» Patient*innen – zumindest gilt dies für den Erstkontakt im Rahmen des halbstrukturierten psychosozialen Abklärungsgesprächs (Argelander, 2014, S. 28). Folgt man der Argelander'schen Typologie des «vorgeschiedten» Patienten, liesse sich sagen, dass die Patient*innen ohne eigene Initiative zum Gespräch erscheinen und die behandelnden Ärzte*innen des jeweiligen Transplantationsteams mehr an der Abklärung interessiert sind, als die Patient*innen selber.

Tatsächlich bringen die wenigsten Patient*innen eine bewusste Motivation für das Abklärungsgespräch mit. Viele reagieren im Vorfeld irritiert auf ein Gespräch mit dem Psychiater, andere sehen eine Möglichkeit über die nicht-technischen Aspekte der Transplantation sprechen und nachdenken zu können.

Der Erstkontakt findet in den verschiedensten Erkrankungsstadien und an den unterschiedlichsten Orten im Universitätsspital statt. Das Spektrum reicht von Patient*innen, die den Weg zu uns selbstständig bewältigen können, bis zu Patient*innen, die auf der Intensivstation liegen und durch Beatmungsschlauch und Narkose nicht in der Lage sind, verbal zu kommunizieren. Wir sehen und sprechen Patient*innen in der relativen Ruhe eines Besprechungszimmers, im Mehrbettzimmer, auf dem Gang, nur durch Paravent vom Stationsalltag abgeschirmt, oder inmitten der Umtriebigkeit der Notfallstation.

Im Abklärungsgespräch erheben wir biographische Daten, die Familien- und Beziehungssituation, die berufliche Entwicklung sowie die Bewältigung des Krankheitsgeschehens. Gedanken, Gefühle und Erwartungen in Bezug auf eine Transplantation bekommen einen besonderen Stellenwert. Es geht darum, empathisch zu verstehen, auf welche Weise die Krankheit und ihre Behandlung subjektiv interpretiert und erlebt werden. Auch im Rahmen der geschilderten äusseren Umstände gelingt es, psychische Struktur, Konflikte und Abwehrmechanismen sowie das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, das sich in den meist einmaligen Kontakten inszeniert, zu erfassen.

Auch wenn die meisten Patient*innen a priori keine bewusste Motivation zum Erstgespräch mitbringen, so führt die lebensbedrohliche körperliche Situation zu mehr oder weniger manifesten existenziellen Ängsten und das damit verbundene Bedrohungspotenzial bei diesen schwer- bis todkranken Menschen zu einer Aktivierung des Bindungssystems mit erhöhter Übertragungsbereitschaft (Maunder & Hunter, 2015).

Ein funktionierendes Zusammenspiel aus Bewältigung des Krankheitsgeschehens, guter Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Pflegenden sowie Einbindung in ein tragfähiges, soziales Netz sind in der peritransplantären Phase wichtige Stützpfiler. Sind diese ausreichend gut vorhanden, sind die meisten Patient*innen in der Lage nach angemessener Bedenkzeit und ausreichender Informationsvermittlung sich für oder gegen eine Listung und Transplantation zu entscheiden.

Anders ist die Situation, wenn Patient*innen ambivalent sind und einen unter Umständen medizinisch riskanten Aufschub der Entscheidung erwirken.

Die Notwendigkeit zur Transplantation kann hier häufig als psychodynamische Auslösesituation verstanden werden. Gemäss Rüger (1996) mobilisiert dies Ängste vor Autonomieverlust und Verlust der körperlich-psychischen Integrität und aktualisiert je nach Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte innerseelische Konflikte und die zugehörigen Affekte. Dadurch kommt es zu einer Labilisierung der innerseelischen Balance und es werden Gegenregulationsmechanismen aktiviert. Diese Abwehrbemühungen können misslingen und zu einer sekundären Symptombildung führen (ebd.). Auch nach der Transplantation ist im Rahmen der psychosozialen Betreuung von Patient*innen zu berücksichtigen, was die Organtransplantation für eine psychische Bedeutung in ihrem Leben hat. Nicht nur gedanklich, sondern ganz konkret werden Teile eines anderen inkorporiert. Oft gelingt diese Inkorporation auch auf psychischer Ebene erstaunlich problemlos. Dennoch kann eine mangelhafte psychosomatische Integration zu erheblichen Schwierigkeiten im Erleben des eigenen Körpers führen. Das fremde Organ wird dann als intrusives Element im Körper wahrgenommen, das auch die Integrität der Persönlichkeit tangieren kann (vgl. Goetzmann et al., 2009). In diesem Zusammenhang gewinnen auch bereits zuvor vorhandene selbstdestruktive Anteile an Bedeutung (vgl. Goetzmann, 2010). Die Herausforderungen im Hinblick auf die Gestaltung von Setting und Rahmen der Behandlung sowie im Umgang mit Übertragungsphänomenen, innerpsychischen Konflikten und Abwehrmechanismen bei der peritransplantären Betreuung von Patient*innen werden anhand des folgenden Fallbeispiels erläutert.

3 Fallbericht

Bei der ersten Abklärung für die Listung zur Organtransplantation war der Patient 28 Jahre alt. Trotz ungünstiger körperlicher Voraussetzungen befand er sich in einer stabilen Lebenssituation und war noch drei Tage in der Woche arbeitstätig. Seit der Jugend war er mit einer Frau eng verbunden, mit der er seit vielen Jahren

zusammenlebte. Sonst pflegte er wenige soziale Beziehungen. Ursprünglich aus einem zentralasiatischen Land stammend lebte er mit seiner Mutter seit dem frühen Kindesalter in der Schweiz. Zum Vater habe nie eine Beziehung bestanden, Besuche im Jugendalter hätten keinen bleibenden Eindruck hinterlassen. Der Patient habe der sich aufopfernd sorgenden Mutter möglichst wenig Gelegenheit gegeben, Einfluss auf seine Entscheidungen zu nehmen. Für sein Fachhochschulstudium in einem kreativen Bereich habe er sich selbst entschieden. Bewältigung der Schule, die frühe Liebesbeziehung und die Berufswahl habe er mit sich allein ausgehandelt. Er habe so auf sich selbst zurückgeworfen stets «aus der zweiten Reihe starten müssen».

Die körperliche Erkrankung¹ belastete den Patienten durch schnelle Ermüdbarkeit, Antriebsstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten seit einigen Jahren. Erste Probleme hätten jedoch bereits früher im Jugendalter bestanden, es handelte sich um eine in der Kindheit erworbene Infektionserkrankung. Die Organtransplantation war dem Patienten seit längerem als Behandlungsmethode bekannt. Sie habe ihn nicht abgeschreckt, gleichzeitig habe er Unsicherheit hinsichtlich seiner Erwartungen an die Operation gespürt. Nach der ersten Untersuchung bestanden keine psychosozialen Vorbehalte bezüglich einer Organtransplantation. Dies wurde der zuweisenden Klinik mitgeteilt und es wurden keine weiteren Konsultationen mit dem Patienten vereinbart.

Nach fast einem Jahr rief die Mutter an und äusserte Sorgen, woraufhin mit dem Patienten eine erneute Konsultation vereinbart wurde. Trotz zunehmender körperlicher Einschränkungen war er bezüglich der Transplantation unsicher. Die Situation gestaltete sich für den Patienten besonders schwierig, weil die Partnerin zu einer Organlebenspende bereit war und ein Operationszeitpunkt direkt festgelegt werden sollte, da keine Abhängigkeit mehr vom Verteilsystem für Leichenspenden bestand. Der Patient zeigte sich jedoch enorm ambivalent. Er befürchtete einerseits Gefahren für die Partnerin und andererseits ein Scheitern der Operation. Einen geplanten zweiten Beratungstermin sagte er telefonisch ab, entschied sich aber auch nicht zur Planung des Eingriffs. Erst Monate später, inzwischen in einem wesentlich verschlechterten körperlichen Zustand, nahm er regelmässige Gespräche, auch gemeinsam mit der Partnerin, wahr. Die potenziell lebensrettende Spende durch die Partnerin stürzte ihn in einen schweren Konflikt. Bei objektiver Betrachtung liess ihm sein Gesundheitszustand keine Wahl, denn während des Wartens auf eine Leichenspende konnte er versterben. Jedoch schreckte es ihn auch ab, ein so besonderes Geschenk von seiner Partnerin annehmen zu müssen. Das Ausmass dieses inneren Konfliktes habe er auch mit der

Partnerin nicht ausführlich besprechen können. Die Gestaltung von Perspektiven für die Zeit nach dem Eingriff war dadurch schwierig. Ein konkreter Bezug zum biografischen Hintergrund des Konflikts liess sich jedoch vorerst nicht herstellen. Weitere Monate später in einer gemeinsamen Konsultation mit der Mutter duldet die Entscheidung zur Organtransplantation mit Spende durch die Partnerin aufgrund einer sich entwickelnden Enzephalopathie⁵ keinen Aufschub mehr. Es inszenierte sich eine triangulierte interpersonelle Situation, in der der Therapeut im Beisein der ratlosen Mutter die väterliche Rolle zugeschrieben bekam. Der Therapeut forderte den Patienten nun direkt dazu auf, den Operationstermin zu vereinbaren, was dieser gleich im Anschluss an das gemeinsame Gespräch auch tat. In einer Konsultation drei Wochen später gemeinsam mit der Partnerin wurde der Entschluss zum Eingriff konsolidiert. Er fand wenige Tage später statt.

Nach initial gutem postoperativem Verlauf entwickelten sich Komplikationen, die die Genesung erschwerten. Der Patient ass zu wenig, fühlte sich kraftlos, litt unter starken Schmerzen und schlief schlecht. Unter den Schmerzen entwickelte er das mentale Bild, das transplantierte Organ nehme zu viel Raum ein, sodass kein Platz für Atmen, Essen oder Trinken wäre. Darum zeigte er sich in den kurzen Konsultationen am Krankenbett verunsichert und hoffnungslos bezüglich des klinischen Verlaufs. Er hatte Zweifel, alles richtig entschieden zu haben. Über Wochen war er gehemmt, hatte kaum Spannkraft und sprach sehr leise. Die Mutter entwickelte eine überfürsorgliche Präsenz, was die Regressionstendenzen des Patienten förderte und zu Konflikten mit dem Behandlungsteam führte. Zeitweise zog sich der Patient in einen kataton anmutenden Starrezustand zurück, in dem ein Austausch nicht möglich war und therapeutische Interventionen zurückgewiesen wurden. Erst nach sechs Wochen konnte der Patient in ein Rehabilitationszentrum entlassen werden. Die Partnerin erholte sich schnell vom Eingriff und konnte nach einer Rehabilitationszeit von einigen Wochen wieder ihre Berufstätigkeit aufnehmen.

Nach einigen Monaten meldete sich der Patient wieder. Er war wegen erneuter Komplikationen im Spital. Es fiel ihm schwer, «die Unpersönlichkeit und Ineffizienz» im Spital zu ertragen. Zudem werde er nicht ernst genommen und könne sich bei medizinischen Entscheidungen nicht durchsetzen. Er hatte Angst, nicht gesund und erneut operiert zu werden. Tatsächlich musste schliesslich wegen fehlerhafter Gefässverbindungen zum transplantierten Organ eine erneute Transplantation geplant werden, diesmal mit Leichenspende. Sie fand wenige Monate später statt und der Patient erholte sich erfreulich gut. Im folgenden Jahr fanden keine weiteren Gespräche statt.

Erst danach meldete sich der Patient, auch auf Empfehlung der Ärzte, wieder in der Transplantationssprechstunde. Im vorangegangenen Jahr waren zwar die Blutwerte unauffällig und er körperlich beschwerdefrei. Dennoch konnte er nicht zurück ins Erwerbsleben finden und Ansprüche erfüllen, von denen er dachte, dass sie an ihn gestellt werden. Auch die Invalidenversicherung forderte Massnahmen, damit der Patient wieder erwerbstätig würde. So wurde trotz Zögerlichkeit seinerseits eine Psychotherapie zur Aufarbeitung des Krankheitsgeschehens vor dem Hintergrund seiner persönlichen Geschichte vereinbart. Entgegen der therapeutischen Empfehlung für mindestens wöchentliche Konsultationen konnte sich der Patient nur zu zweiwöchigen Abständen entscheiden, wobei er im Verlauf häufiger darauf drängte, diese Abstände sogar noch zu verlängern. Er begründete seinen Wunsch mit dem beschwerlichen Anreiseweg. Vor allem jedoch werde er durch die Thematisierung seiner Vergangenheit so nachdenklich und betrübt, dass er Tage zur Erholung bräuchte. Schnell wurde klar, dass er sich während der Spitalaufenthalte in zahlreichen Situationen ohnmächtig, ausgeliefert und hilflos gefühlt hatte. Zwar habe er fürsorgliche Zuwendung und eine Organspende erhalten, gleichzeitig habe er sich isoliert und einsam gefühlt. Ein Schlüsselerlebnis aus dem Kleinkindalter wurde reaktiviert. Damals sei er im Heimatland mit schwerer Krankheit im Krankenhaus gewesen und erinnerte sich, wie er nachts im Kinderbett gestanden und weinend nach der Mutter gerufen hatte, ohne dass irgendjemand reagiert habe.

Der Patient hatte somit die Existenz einer früheren traumatisierenden Krankheitsgeschichte mit ihren potenziellen Folgen für seine heutige seelische Befindlichkeit erkannt. Er begann, subjektive Befindlichkeiten, Interpretationen, Bedürfnisse und Erwartungen in Worte zu fassen, obwohl ihm das schwerfiel. Anfangs waren komplexe grafische Übersichten hilfreich, die ihm Zusammenhänge innerer Abläufe besser wahrnehmbar machten. Mit zunehmender Fähigkeit zu Verbalisieren verloren sich diese Stützen im Gespräch von selbst. So erkannte er zum Beispiel, dass Zeichen körperlicher Dysfunktion wie Ermüdbarkeit und Übelkeit in ihm Schonungs- und Vermeidungsverhalten auslösten. Der Konflikt zwischen den Zielen und Wünschen eines Gesunden einerseits und Schonungs- und Sicherheitsbedürfnissen eines Kranken andererseits wurde zu einem zentralen Thema der Gespräche. Die Erwartung an den Therapeuten, Angst machende Entwicklungsschritte zu übernehmen und abzufedern konnte jetzt ausgesprochen werden. Der Patient erkannte, dass sich sein Selbstanspruch an Autonomie nicht mit den ihm ungewohnten Bedürfnissen nach Anleitung und Schutz vereinbaren liessen. Trotz dieser Fortschritte hinterfragte er wiederholt die Bezugnahme auf

seine Geschichte und die hartnäckige Konzentration auf sein inneres Erleben. Andererseits fühlte er sich in den Stunden auch aufgehoben und verstanden. Es kamen Erlebniswelten zur Sprache, die in seinem kleinen Bezugsfeld bisher nicht thematisiert worden waren. Dennoch insistierte er darauf, die Vergangenheit ruhen zu lassen und durch Selbstanstrengung und Verhaltensanpassung ein immer höheres Funktionsniveau erreichen zu müssen. Aber diese Strategie scheiterte an realer Passivität, deren Gründe der Patient in den körperlichen Einschränkungen und erlebten medizinischen Herausforderungen sah.

In der fortlaufenden Behandlung wurden Passivität und funktionelle Blockade immer wieder durchgearbeitet und mit einem unbewussten Bedürfnis nach väterlicher, wohlwollender Anleitung gedeutet. Dabei nahm der Therapeut in seiner Gegenübertragung Sorge um den Patienten, den Wunsch nach Übernahme von Verantwortung und Erhalt der therapeutischen Beziehung sowie Bedauern wahr, wenn der Patient sich zurückzog. Dieser zögerte lange mit Bewerbungen, bemühte sich vergeblich um den Aufbau selbstständiger Tätigkeit und konnte seine soziale Isolation nicht überwinden. Letztendlich führte die kontinuierliche Arbeit an der Wahrnehmung und Benennung von interpersonellen Prozessen durch den Patienten und der beharrliche Verweis des Therapeuten auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung dazu, dass sich der Patient auch seiner Partnerin gegenüber teilweise öffnen konnte. Mit ihr entwickelte er dann berufliche Perspektiven, die seinem Leistungsniveau entsprachen. Dieser Prozess wurde von gesteigertem Selbstvertrauen begleitet, das den Patienten aktivierte und affektiv aufhellte. Die Konsultationen gestalteten sich dadurch entspannter und der Patient drückte seltener ein Bedürfnis nach Anleitung aus.

4 Reflexion des Fallbeispiels

4.1 Interpersonelle Inszenierung, Übertragung und Gegenübertragung während der Transplantationsabklärung

Der Patient bringt durch Hadern, Zaudern und Einbezug seiner Mutter seine seelische Not zum Ausdruck. Die primär körperliche Symptomatik erhält sekundär Bedeutung bei der Lösung eines innerpsychischen Konflikts. Das entscheidende Gespräch findet zu dritt statt, die Behandlungsdyade wird zur Triade. Kächele & Thomä (2006, S. 209) sprechen über eine analytische Behandlung als einer «Triade minus eins». Bei jenem Patienten bleibt die Triade in der sich zuspitzenden körperlichen Erkrankungssituation nicht als Gegebenheit im psychischen Binnenraum bestehen, sondern sie wird real in die Behandlung gebracht. Die Szene erinnert an ein Mutter-Kind-Paar, das im entscheidenden Moment entscheidungs- und

handlungsunfähig geworden, in der Dyade gefangen, sich hilfesuchend an ein triangulierendes Objekt wendet. Oder in Analogie zur Körpermedizin, wie der Organismus bei der vitalen körperlichen Bedrohung sich mit Zentralisierung vieler körperlicher Funktionen hilft, so scheint dies auch auf der psychischen Ebene der Fall zu sein: Es kommt zu einer Regression auf eine jeweils primitivere Stufe – möglicherweise auf die libidinös-inzestuöse Beziehung zur Mutter.

In der Gegenübertragung wird der Wunsch nach Triangulierung und Übernahme einer väterlichen Rolle mit freundlich-direktiver Aufmunterung spürbar. Die Unaufschiebbarkeit der Entscheidung für eine Transplantation prägt in diesem Moment das Verhalten des Behandlers fast unvermeidlich. So kommt es dazu, dass er den Patienten auffordert sich «jetzt für die Transplantation» anzumelden. Die Gestaltung des Dialogs und der Beziehung findet nun nicht mehr mit Worten und durch Erinnern statt, sie weicht davon ab, es kommt zu einem handelnden Dialog. «Eine motorische Sphäre der Übertragung und Gegenübertragung entsteht» (Kanzer, 1966). Mit Freud (1914, S. 206) gesprochen, «wird aber im weiteren Verlauf diese Übertragung feindselig oder überstark und darum verdrängungsbedürftig, so tritt sofort das Erinnern dem Agieren den Platz ab». Klüwer (1983) nennt die unbewusst gebliebene, wechselseitige Behandlung Handlungsdialog: Verbale Interventionen erreichen nicht mehr den dringlichen Punkt des Geschehens. Behandler und Patient haben sich auf ein handelndes Aufeinanderbezogensein eingelassen. Je grösser der Druck in der Beziehung – hier die abwendbare lebensbedrohliche Situation – umso stärker ist die Neigung zur Divergenz zwischen bewusstem Denken und unbemerktem »Behandeln« seitens des Behandlers (ebd.).

4.2 *Konflikt und Abwehr in dieser Behandlung*

In Bezug auf den Erhalt des fremden Organs zeigte sich ein Autarkie-Versorgungskonflikt als zentral (OPD, 2017). Dieser erlaubte es dem Patienten zunächst nicht, sich in eine adäquat bedürftige Patientenrolle zu begeben und Hilfestellung von anderen anzunehmen. Die Sorge und Tatkraft der Mutter, deren Überfürsorglichkeit der Patient sich schon seit der Kindheit entzog, konfligierte in Anbetracht der Erkrankung nun besonders mit seinen Autarkiewünschen. In der Gegenübertragung löste der Patient wiederum einen Fürsorgewunsch aus, was zusätzlich auf seine Versorgungswünsche hindeutet. Hinzu kam, dass sich die Partnerin des Patienten als Lebendspenderin anbot. Die Annahme eines Organs der Partnerin oder des Partners vermag zusätzlich unangenehme Gefühle von Abhängigkeit und Schuld in den Empfängern auszulösen (Goetzmann et al., 2012).

Der Patient konnte seine Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich der Transplantation zwar rational klar benennen, affektiv negierte er jedoch seine Angewiesenheit auf eine Organspende sowie die Dringlichkeit und Notwendigkeit einer Transplantation. Dies kann im Sinne einer Verneinung verstanden werden, die Freud als eine Sonderform der Verdrängung beschreibt (Freud, 1925). Otto Fenichel interpretierte Freud so, dass «die ›Verneinung‹ (...) ein Kompromiss sein könne zwischen der Bewussterwerden von Sinnesdaten und der Bestrebung, sie zu verleugnen. (...) Obwohl er die Wahrheit kennt, handelt er möglicherweise, als existiere diese nicht» (Fenichel, 2014, S. 207 f.).

Nach erfolgter Transplantation kam es zu Komplikationen im Heilungsverlauf, was eine zusätzliche psychische Herausforderung für den Patienten bedeutete. Unter den postoperativen Komplikationen begann der Patient zu imaginieren, dass das Organ der Partnerin ihm zu wenig Raum für lebensnotwendige Dinge lasse, wie Atmen, Essen und Trinken. Mit dem Organ der Partnerin fühlte er sich kraftlos und schmerzgeplagt. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit Schuldgefühlen hinsichtlich der Annahme eines Organs des Partners öfters unter einer negativen Haltung gegenüber dem eigenen Körper und der Tatsache des Transplantiert-seins leiden (Goetzmann et al., 2012). Solche negativen Konnotationen könnten bei unserem Patienten implizit eine Rolle gespielt haben, z. B. in der Wahrnehmung des neuen Organs. Der Autarkie-Versorgungskonflikt gewann in dieser Situation an Brisanz; der physisch und psychisch geschwächte Patient reagierte mit einer malignen Regression. Die besorgte Mutter, die mit noch mehr Fürsorge reagierte, löste beim Patienten eine weitere Verstärkung dieser Regression aus. Während der Patient vor der Transplantation noch einige Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung hatte, z. B. Hilfe abzulehnen oder sich von seiner Krankenrolle zu distanzieren, fand er sich nun in einer auf Versorgung von aussen angewiesenen Situation wieder. Erst nach Besserung der körperlichen Symptome konnte er aus dieser Regression herausfinden. Die von ihm rückblickend geäußerte Enttäuschung über die «schlechte» Behandlung durch das Spitalteam kann auch als unbewusster Wunsch nach Versorgung verstanden werden, den er nur indirekt auf diese Weise äussern konnte.

Nach einer Re-Transplantation wenige Monate später erholte sich der Patient körperlich erstaunlich schnell. Möglicherweise fühlte er sich mit einer anonymen Leichenspende weniger in seinen Autarkiebestrebungen gehindert. Zumindest entliess es ihn aus seiner Abhängigkeit vom Organ der Partnerin. Dennoch zeigte sich auch im weiteren Therapieverlauf der Autarkie-Versorgungskonflikt. Dem Patienten fiel es nach wie vor schwer, Hilfe anzunehmen. Nur zögerlich und in

grösseren Abständen liess er sich auf die therapeutische Beziehung ein. Dennoch konnten einige Aspekte des Konflikts besprochen und gemildert werden: die Gegenübertragung der Fürsorge konnte in den Therapieprozess einfließen; die beiden Aspekte von Zielen und Wünschen im Gegensatz zu Sicherheits- und Schonungsbedürfnissen konnten besser besprochen werden. Die Passivität und die funktionelle Blockade des Patienten liessen ihn die Grenzen seiner Autarkiewünsche besser verstehen.

5 Katamnese

Aufgrund seiner Vaterlosigkeit war der Patient in wichtigen Lebenssituationen auf sich allein gestellt. Seine Mutter unterstützt ihn bedingungslos, ohne eine auch führende Rolle zu übernehmen. Durch den Krankheitsverlauf wurde der Selbstanspruch des Patienten, «alles läuft ohne dass ich andere dafür brauche» herausgefordert. Gleichzeitig wurde das ihm unbewusst gebliebene Bedürfnis nach Versorgung und Anlehnung aktualisiert. Die ein Jahr nach der Operation begonnene Psychotherapie ermöglichte eine neue Erfahrung in der Beziehung zum Therapeuten und machte damit Wünsche gegenüber dem Anderen bewusster. In der aktuell laufenden Behandlung erkennt der Patient zum Beispiel die Reinszenierung seines Konfliktes in der Partnerschaft: Einsam bei der Erfüllung seiner hoch gesteckten Ziele vermag er seine Partnerin nicht einzubeziehen. Diese unterstützt ihn bedingungslos und hält eigene Bedürfnisse verborgen. Wenn dem Patienten dieser Zusammenhang bewusst wird, vermag er seine Partnerin bei Lösungen hinzuziehen und erlebt das als positiv. So werden Themen wie ein Kinderwunsch, mehr gemeinsame Aktivitäten und Lösungen für die Erwerbstätigkeit realer. Es gelingt, diese umzusetzen und so verbessern sich psychische Befindlichkeit und Lebensqualität des Patienten weiterhin zunehmend – lange nachdem die lebensbedrohliche körperliche Situation überwunden ist.

6 Schlussbetrachtung

Anhand der Einbettung des Fallbeispiels in den Kontext der psychosozialen Betreuung von Transplantationspatient*innen sowie der psychodynamischen Reflexion des Prozesses im Hinblick auf die «Psychoanalyse in Institutionen» werden zwei zentrale Aspekte verdeutlicht. Zum einen wird anschaulich, inwieweit in Anbetracht von lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankungen die analytische Haltung in der Behandlung modifiziert werden muss. So zeigt sich neben der Öffnung des Settings – beispielsweise durch den Einbezug von Mutter und Partnerin – die Notwendigkeit für den Therapeuten, eine abstinente Haltung zeit-

weise ganz zu verlassen. Im Sinne eines Gegenübertragungsenactments (Hübner, 2009) lässt sich der Therapeut auf die väterlich anleitende Rolle ein, die ihm in der prä-transplantären triangulären Konstellation durch die Verneinung des Patienten zugetragen wurde. Nur oder zumindest massgeblich dadurch konnte sich der Patient schliesslich zur lebensrettenden Organtransplantation entscheiden. Gleichzeitig wurde der innerpsychische Konflikt nach der Transplantation weiter dynamisiert und führte zu einer malignen Regression, die erneut mit einer existenziellen Bedrohung einherging. Hierbei hielt der Therapeut jenseits analytischer Abstinenz als aufsuchender Begleiter am Krankenbett proaktiv ein fürsorgliches Angebot aufrecht, bis der Patient aus der Regression wieder herausfinden konnte. Damit einhergehend zeigt sich durch den weiteren Verlauf der zweite Aspekt. Aufgrund der psychodynamischen Reflexion des Handlungsdialogs und seiner Gegenübertragung als Ausdruck des innerpsychischen Autarkie-Versorgungskonflikts des Patienten gelingt dem Therapeuten im Anschluss an die körperliche Genesung des Patienten die Einleitung eines Prozesses, in dem die vorgängig beobachtbaren Mechanismen für die weitere Behandlung gewinnbringend genutzt werden können. Das Eingehen auf die «Dosierung» der Versorgung durch den Patienten im Hinblick auf Frequenz und Tiefe der Behandlung, u. a. durch die Verwendung grafischer Darstellungen, wird vor dem Hintergrund des Bewusstseins für den nach wie vor virulenten Konflikt zu einem Angebot, dass der Patient schliesslich nutzen kann. Im Rahmen der folgenden mehrjährigen analytischen Psychotherapie lässt sich das Verständnis für den Konflikt und dessen interpersonelle Inszenierung weiter einbringen, auch als dann ganz andere Themen als die körperliche Existenz wie Partnerschaft und berufliche Entwicklung im Vordergrund stehen. Ohne diesen zweiten Aspekt der psychodynamischen Reflexion wäre es allein beim versorgenden Behandeln durch den Therapeuten geblieben – wohl verbunden mit einer Abwendung der existenziellen Bedrohung, aber ohne die Möglichkeit, den damit verbundenen Prozess für die Steigerung der post-transplantären Lebensqualität des Patienten zu nutzen.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass im Falle einer psychosozialen Begleitung des Patienten ohne die Berücksichtigung der psychodynamischen Aspekte die beschriebene Entwicklung ebenso wenig denkbar wäre, wie wenn dem Patienten mit einer nicht oder weniger modifizierten psychoanalytischen Haltung begegnet worden wäre. Insofern zeigt der Beitrag, wie gewinnbringend die psychodynamische Behandlung von Patient*innen mit körperlich schwerer Erkrankung sein kann und liefert damit ein anschauliches Beispiel für die Nutzbarkeit der «Psychoanalyse in Institutionen».

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hg.). (2017). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (2014). *Das Erstinterview in der Psychotherapie* (10. Auflage). Darmstadt: WBG.
- Fenichel, O. (2014). *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Giessen: Psychosozial. Bd.1
- Freud, S. (1932). *Die Verneinung*. GW XIV, S. 11–15.
- Freud, S. (1914). *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II*. GW X, S. 126–136
- Goetzmann, L., Scholz, U., Dux, R., Roellin, M., Boehler, A., Muellhaupt, B., Noll, G., Wuethrich, R. & Klaghofer, R. (2012). *Attitudes towards transplantation and medication among 121 heart, lung, liver and kidney recipients and their spouses*. Swiss Medical Weekly, 142.
- Goetzmann, L. (2010). *Life and Death Drive in Transplantation Medicine. Clinical Observations and Consequences*. Psychoanalytic Psychology, 27(3), 360–371.
- Goetzmann, L., Irani, S., Moser, K. S., Schwegler, K., Stamm, M., Spindler, A., Buddeberg, C., Schmid, C., Boehler, A. & Klaghofer, R. (2009). *Psychological processing of transplantation in lung recipients: A quantitative study of organ integration and the relationship to the donor*. British Journal of Health Psychology, 14, 667–680.
- Hübner, W. (2009). *Notwendige Regelverletzungen. Der Analytiker als Vermittler zwischen der Welt der inneren und der Welt der äußeren Objekte*, Psyche, 63 (1). 22–47.
- Kächele, H. & Thomä, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie – Grundlagen*. Berlin: Springer
- Kanzer, M. (1966) *The motor sphere of transference*. Psychoanalytic Quarterly 35, 522–539.
- Klüwer, R. (1983). *Agieren und Mitagieren*. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse, 37 (9), 828–840.
- Maunder, R. & Hunter, J. (2015). *Love, Fear And Health, How Our Attachments to Others Shape Health and Health Care*. University of Toronto Press.
- Rüger, U. (1996). *Psychodynamische und Coping-Prozesse bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 42 (2), 169–178.

Anmerkungen

- 1 <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20010918/index.html> (abgerufen am 13.12.2019)
- 2 https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Infos_und_Material/Statistiken/Quartalszahlen/Kennzahlen_zur_Organspende_19_3.pdf (abgerufen am 30.09.2019)
- 3 <https://www.samw.ch> (abgerufen am 06.12.2019)
- 4 Aus Gründen der Anonymisierung wird auf die Schilderung medizinischer Details verzichtet.
- 5 Die unzureichende Entgiftungsfunktion des chronisch kranken Organs verursacht eine Verschlechterung der kognitiven und motorischen Fähigkeiten und kann bis zum Koma führen.

Angaben zu den Autorinnen und Autoren

Sebastian Euler, Dr. med., 1976, Ärztlicher Leiter der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am Universitätsspital Zürich (USZ), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, Psychoanalytischer Psychotherapeut (EFPP), Gruppenanalytiker (D3G), Trainer und Supervisor für Mentalisierungsbasierte Therapie MBT (AFNCCF), Co-Herausgeber der Zeitschrift Psychodynamische Psychotherapie.

Elena Hoffmann, MSc, 1982, Psychologin in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am USZ mit Schwerpunkt Transplantationspsychiatrie. In Weiterbildung zur Psychotherapeutin am Psychoanalytischen Seminar Zürich.

Claudia Husung, Dr. med., 1973, Oberärztin in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am USZ mit Schwerpunkt Transplantationspsychiatrie, Fachärztin für Psychotherapie und Psychotherapie, Schwerpunkttitle Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Schwerpunkttitle Psychosoziale und Psychosomatische Medizin. Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Psychoanalytikerin in eigener Praxis.

Katja-Daniela Jordan, KD Dr. med., 1971, Oberärztin in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am USZ mit Schwerpunkt Transplantationspsychiatrie, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausbildung, Teilzeittätigkeit in eigener Praxis in Zürich, Lehre an der Universität Zürich, Weiterbildungen für verschiedene medizinische Berufsgruppen.

Andre Richter, Dr. med., 1970, Oberarzt in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am USZ mit Schwerpunkt Transplantationspsychiatrie, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, FMH Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Psychoanalytiker in eigener Praxis.